

7 Fattori di rischio comportamentali: i dati nazionali

Differenze per sottogruppi della popolazione e cambiamenti nel tempo dai dati PASSI

Maria Masocco¹, Valentina Minardi¹, Benedetta Contoli¹, Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento*, Jennifer Foglietta², Fabrizio Nicolis³, Stefania Gori⁴

¹Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità

²SC Oncologia Medica e Traslazionale, Ospedale Santa Maria, Terni

³Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

⁴UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

*Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento (vedi pag. 107)

Quale importanza hanno gli stili di vita nella prevenzione dei tumori?

Le cause note delle alterazioni del DNA nella genesi del cancro sono di vari ordini: si ipotizzano cause di tipo ambientale, genetiche, infettive, legate agli stili di vita e fattori casuali.

Una quota molto consistente di tumori è attribuibile ad abitudini di vita, come fumo, abuso di alcol, regime alimentare (fra cui lo scarso consumo di frutta e verdura), inattività fisica, sovrappeso e obesità.

La quota di tumori attribuibili ai vari fattori di rischio in USA è riportata nella Tabella 3 (Capitolo 1 – Fattori di rischio e tumori): il fumo di tabacco da solo è responsabile del 33% delle neoplasie; un altro 33% è legato ad altri stili di vita, dieta, sovrappeso, abuso di alcol e inattività fisica. Quote minori sono attribuibili ad altri fattori: il 5% a fattori occupazionali, l'8% a infezioni, 2% a radiazioni ionizzanti ed esposizione ai raggi UVA e un altro 2% all'inquinamento ambientale.

Proprio per l'importanza che sani stili di vita hanno sulla prevenzione dei tumori, è importante conoscere informazioni sugli stili di vita dei cittadini italiani al fine di diffonderli e cercare, se errati, di modificarli.

In questo capitolo vengono riportati i risultati del sistema di sorveglianza PASSI che, attraverso indagini campionarie, raccoglie in continuo e dal 2008 informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, alcol, sedentarietà, eccesso ponderale, basso consumo di frutta e verdura) della popolazione generale di 18-69 anni residente in Italia.

Per ulteriori approfondimenti sulla sorveglianza PASSI leggere il paragrafo dedicato alla descrizione di questa fonte e consultare il sito <http://www.epicentro.iss.it/passi/>¹.

Fumo: prevalenza e trend temporali

Il fumo di tabacco è responsabile di molte malattie gravi, come tumori, malattie cerebro-cardiovascolari (ictus, infarto) e malattie respiratorie (enfisema, asma e broncopneumite cronica ostruttiva). L'istituto americano *Institute for Health Metrics and Evaluation* ha calcolato come nel 2017, in tutto il mondo, il consumo di tabacco sia stato responsabile del 14,5% dei decessi totali (pari a 8,1 milioni di morti di cui 1,2 imputabili al fumo passivo) e di 38 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima, analogamente, che nel 2017 il 14,5% di tutti i decessi sia attribuibile al consumo di tabacco (pari a 90mila morti, di cui 7mila riferibili a fumo passivo) e che sia responsabile di 552mila anni vissuti con disabilità².

Il fumo di tabacco è riconosciuto essere fortemente associato ai tumori del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e di alcuni tipi di leucemie e a malattie cardio-cerebrovascolari.

Interventi di contrasto al fumo di tabacco e la stima del carico delle malattie fumo-correlate non possono prescindere dalla conoscenza di quanto sia diffusa nella popolazione l'abitudine al fumo di tabacco, quali siano i gruppi più esposti, quali le aree più interessate e quali i cambiamenti nel tempo che vanno delineandosi.

Fra i temi indagati in PASSI vi è l'abitudine al fumo di sigaretta, che consente di stimare la prevalenza di fumatori nella popolazione adulta italiana, cogliendo differenze per genere, età, residenza, e per caratteristiche socioeconomiche, come istruzione, difficoltà economiche o condizione professionale. Inoltre la raccolta in continuo dei dati PASSI su 12 mesi dell'anno e la possibilità di disporre di campioni numericamente importanti della popolazione generale, rendono possibili analisi stratificate e l'uso di modelli matematici per l'analisi delle serie storiche, presentati in questo paragrafo.

L'abitudine tabagica fra gli adulti in Italia: dati PASSI 2015-2018

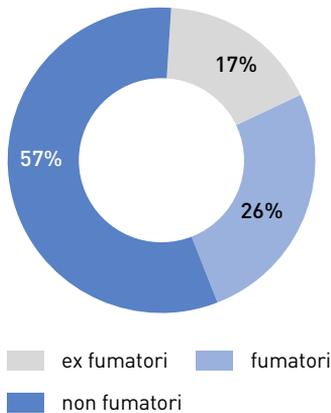
Dai dati PASSI¹ relativi al periodo 2015-2018 (tratti da un campione di oltre 132mila di 18-69enni) emerge che, in Italia, una persona su 4 fuma (25,7%; IC95%: 25,4-26,0%) e una persona su 6 è un ex fumatore (17,5%; IC95%: 17,3-17,8%) (Figura 16).

Il fumo di sigaretta è più frequente negli uomini (29,9%; IC95%: 29,4-30,3%) rispetto alle donne (21,6%; IC95%: 21,2-22,0%), fra i 25-34enni (30,8%; IC95%: 30,0-31,6%) rispetto alle altre classi di età.

È più frequente nelle classi sociali più svantaggiate per bassa istruzione o difficoltà economiche: fra le persone con licenza media la quota di fumatori è del 30,5% (IC95%: 29,9-31,1%) mentre è del 19,2% (IC95%: 18,6-19,9%) fra i laureati; fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche sale al 34,3% (IC95%: 33,4-35,3%), mentre fra coloro che dichiarano di non averne è del 21,9% (IC 95%: 21,5-22,3%) (Figura 17).

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età: è solo del 4,1% (IC95%: 3,7-4,5%) fra i giovanissimi di 18-24 anni e raggiunge il 25% (IC95%: 24,6-25,5%) fra i 50-69enni. È maggiore fra le persone senza difficoltà economiche (19,4%; IC95%: 19,1-19,8%) rispetto a chi ne riferisce molte (15,1%; IC95%: 14,4-15,8%) e fra i cittadini italiani (17,8%; IC95%: 17,5-18,1%) rispetto agli stranieri (12,3%; IC95%: 11,4-13,2%) (Figura 18).



Definizioni operative degli indicatori PASSI

1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore** (secondo la definizione dell'OMS) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
3. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

FIGURA 16. Abitudine tabagica fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio 2015-2018

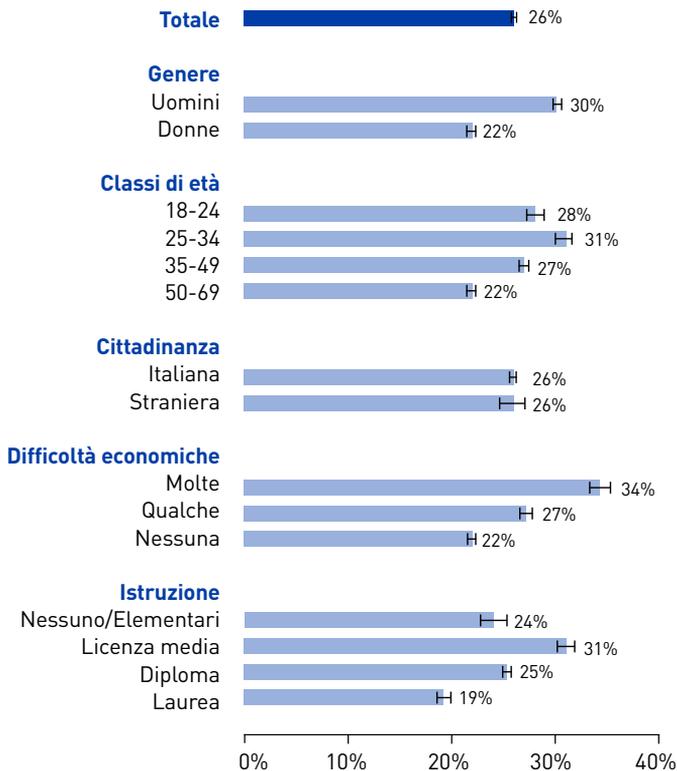


FIGURA 17. Prevalenza di fumo in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

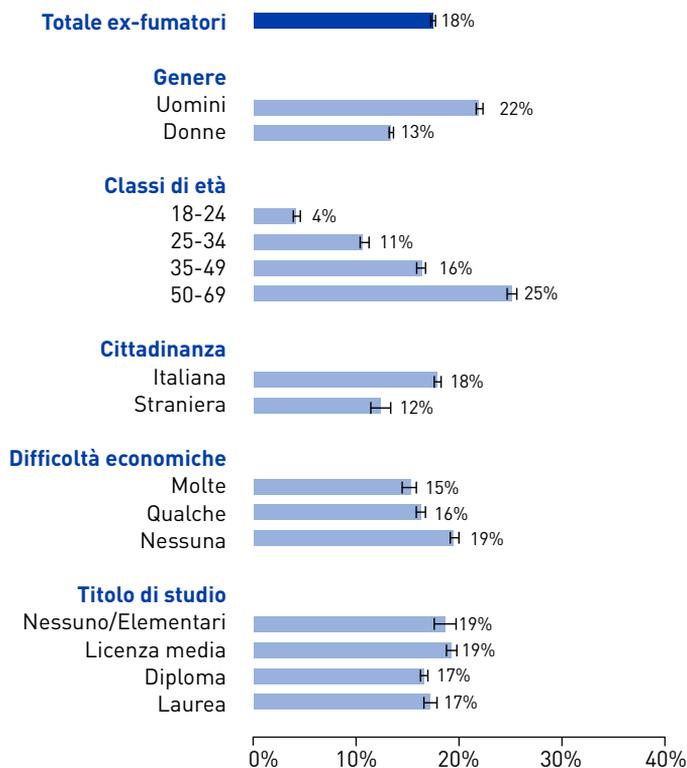


FIGURA 18. Prevalenza di ex fumatori in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

I dati rilevano anche un'attenzione degli operatori sanitari al fumo dei loro assistiti troppo bassa: solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario, fra quelli incontrati nell'anno precedente l'intervista.

L'abitudine tabagica: cosa è cambiato nell'ultimo decennio?

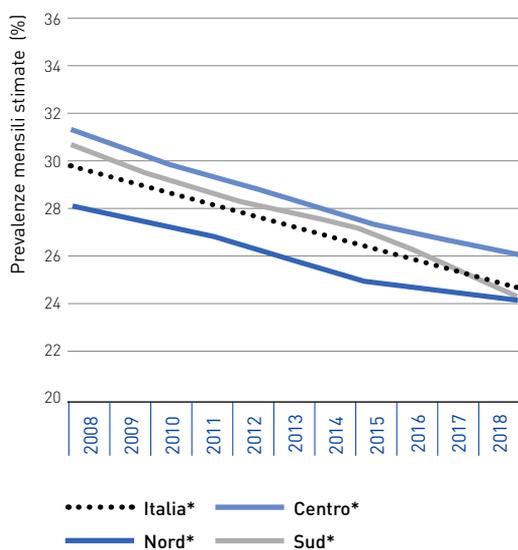
I trend temporali per genere, classe di età e area di residenza

Analizzando i dati dal 2008 al 2018, si conferma il calo della prevalenza di fumo in Italia che si osserva ormai da almeno trent'anni.

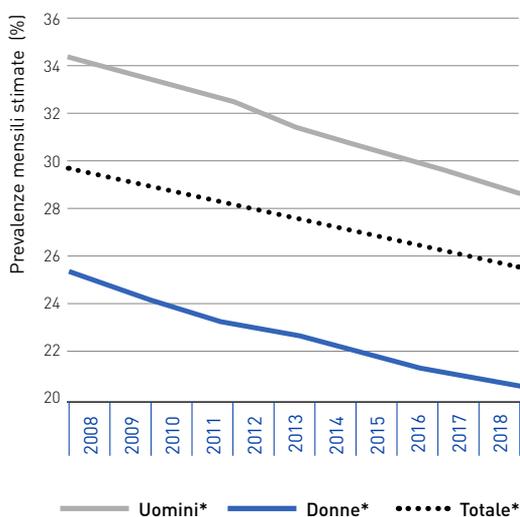
La riduzione in quest'ultimo decennio va dal 30% del 2008 al 25% nel 2018 ed è statisticamente significativa da Nord a Sud sia fra gli uomini che fra le donne (Figura 19).

Tuttavia un'analisi stratificata, per genere, classe di età e area di residenza mette in luce differenze fra gruppi della popolazione, mostrando che tale riduzione non riguarda in egual misura le diverse generazioni, non è analoga fra uomini e donne, non è sempre statisticamente significativa (Figura 20).

Fumo per macroarea di residenza



Fumo per genere



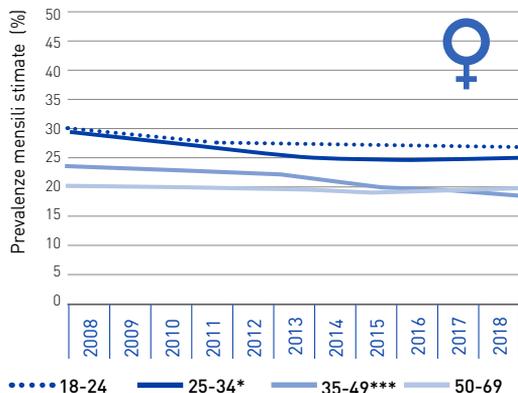
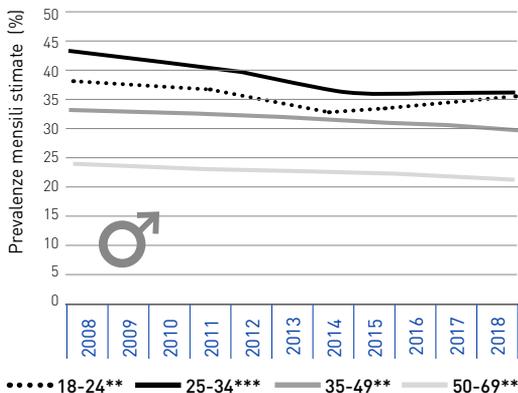
* Riduzione statisticamente significativa ($p < 0.5$ Cochrane-Orcutt test)

FIGURA 19. Trend temporali della prevalenza di fumatori adulti (18-69 anni) residenti in Italia, per area di residenza e genere. PASSI 2008-2018 Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

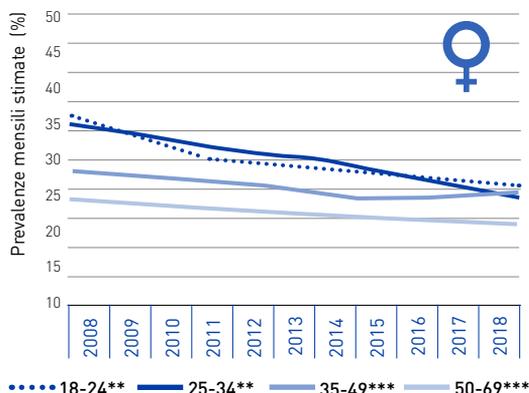
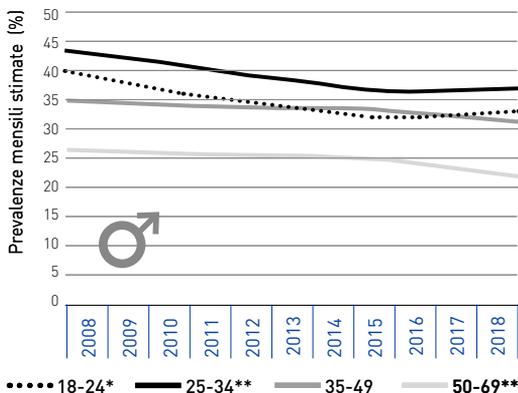
Fra gli **uomini**, la quota maggiore di fumatori si registra fra i più giovani, con meno di 35 anni. Dopo i 35 anni di età, il calo è meno significativo o non si registra affatto (come fra i residenti nel Centro Italia). Nel Sud-Isole invece, dove la prevalenza di fumatori è sempre stata eccezionalmente più elevata che nel resto del Paese, in questi 10 anni la riduzione ha coinvolto tutte le classi di età ed oggi la prevalenza di fumo fra gli uomini residenti nel Meridione ha raggiunto livelli paragonabili al resto d'Italia.

Anche fra le **donne** la quota di fumatrici è generalmente più alta fra quelle con meno di 35 anni e, come per gli uomini, è meno rilevante la riduzione del fumo dopo questa età, in particolare dopo i 50 anni. Nel Centro Italia si osserva una riduzione costante del numero di fumatrici ad ogni età. Al Nord si registra una preoccupante stazionarietà dell'abitudine al fumo nelle giovanissime 18-24enni. Fra le donne residenti nel Sud-Isole il calo del fumo è meno rilevante, talvolta assente o con momenti che segnalano un'inversione di tendenza, come fra le 25-34enni, con il risultato che oggi la quota di fumatrici residenti nel Sud-Isole non è così diversa dalla quota di donne che fuma nel resto del Paese.

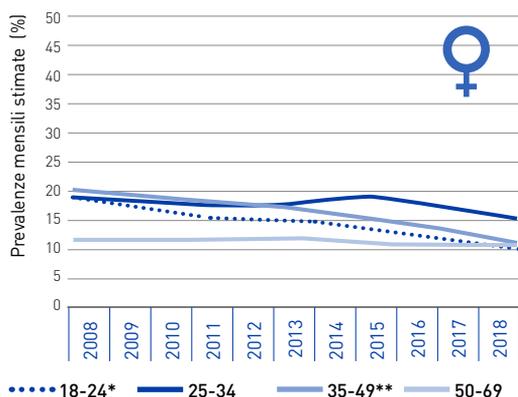
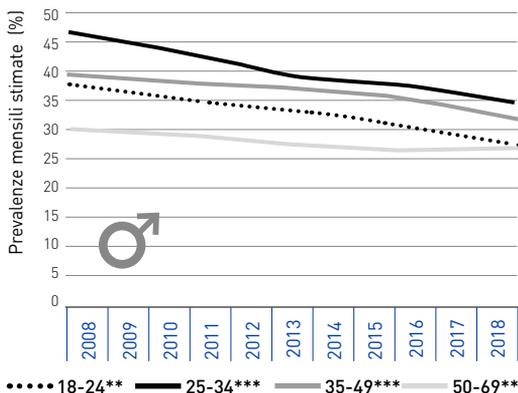
Macroarea NORD



Macroarea centro



Macroarea sud/isole



*Riduzione statisticamente significativa (***) $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.5$ Cochrane-Orcutt test)

FIGURA 20. Trend temporali della prevalenza di fumatori adulti in Italia, per genere, classi di età e area geografica di residenza Dati PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatter plot smoothing)

In sintesi, a fronte di una riduzione statisticamente significativa della prevalenza di fumo in tutta Italia, sia fra gli uomini che fra le donne e mediamente in tutte le classi di età, questa analisi stratificata mette in luce che:

- le generazioni di giovani adulti (con meno di 35 anni) sono e restano quelle più esposte all'abitudine al fumo;
- le generazioni più mature, che hanno già decenni di esposizione agli effetti del fumo di tabacco, sono più restie al cambiamento e abbandonano più difficilmente questa cattiva abitudine;
- in alcune aree del Paese, si osserva una preoccupante stazionarietà del fenomeno fra le giovanissime 18-24enni e particolare attenzione va posta alle residenti nel Sud-Isole fra le quali, malgrado la prevalenza di fumo sia stata sempre meno elevata, la sua riduzione non è sempre significativa né continua e, ad oggi, hanno di fatto perso il loro vantaggio storico, per bassa prevalenza di fumo, che avevano sulle donne del Centro-Nord;
- la riduzione del fumo si osserva anche nelle diverse classi sociali, ma si ampliano le disuguaglianze a sfavore delle classi più povere, fra le quali la prevalenza di fumo è più elevata e la riduzione è meno rilevante.
- il profilo di rischio che emerge nel Sud del Paese preoccupa nel suo complesso: la prevalenza di fumo resta comunque alta fra gli uomini di tutte le età e fra le donne è ora a livelli paragonabili al resto del Paese, a questo si aggiungono un'alta prevalenza di altri fattori di rischio comportamentali, come sedentarietà e obesità e una più bassa copertura degli screening oncologici.

BIBLIOGRAFIA

1. La sorveglianza Passi. Consumo di alcol <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]

Alcol (aggiornamento con dati 2018)

Secondo le principali Agenzie Internazionali di salute pubblica, l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena, tanto che la IARC (International Agency for Research on Cancer) lo classifica nel gruppo 1 "sicuramente cancerogeno per l'uomo". Il suo consumo prolungato e cronico è associato ad aumentato rischio di cancro e nella genesi dei tumori è correlato con il tumore del fegato ma anche con i tumori della mammella, colon-retto, laringe, fegato, esofago, cavità orale e faringe (IARC, 2011).

Il consumo di alcol è associato anche a diverse altre malattie croniche, può indurre assuefazione, dipendenza, alterazioni comportamentali, che possono sfociare in episodi di violenza o essere causa di incidenti alla guida o sul lavoro.

Secondo le stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation ad un consumo eccessivo di alcol sarebbero attribuibili 2 milioni e 842mila decessi in tutto il mondo nel 2017 (pari al 5% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 20 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima siano responsabili di 26.000 decessi (oltre il 4% di tutti i decessi) e di quasi 169mila anni vissuti con disabilità¹.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente (consumo medio giornaliero), la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol, le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol. Nell'assunzione di alcol non

Definizioni operative degli indicatori PASSI

Il consumo di alcol fa riferimento al consumo di bevande alcoliche nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

- **Consumo alcolico a maggior rischio** è un indicatore composito che consente di stimare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato, ovvero la quota di intervistati che riferiscono una o più fra le seguenti modalità di consumo alcolico, nei 30 giorni precedenti l'intervista:
 - **Consumo abituale elevato:** consumo medio giornaliero (nei trenta giorni precedenti l'intervista) pari a 3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne
 - **Consumo episodico eccessivo** (Binge drinking): consumo di 5 o più UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più 3 UA per le donne (nei trenta giorni precedenti l'intervista)
 - **Consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto:** consumo di bevande alcoliche esclusivamente o prevalentemente lontano dai pasti (in qualunque quantità nei trenta giorni precedenti l'intervista)



BIRRA
330 ml

4,5°

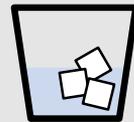
oppure



VINO
125ml

12°

oppure



SUPERALCOLICO
40ml

40°

esiste rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporta un rischio, tanto più elevato quanto maggiore è la quantità di alcol consumata. Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, tra cui il CDC (Centers for Disease Control and Prevention), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno pari a 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno per gli uomini e 1 unità alcolica in media al giorno per le donne e livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato.

Anche il consumo episodico, ovvero l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (binge drinking), comporta un sostanziale incremento del rischio per la salute, anche quando non si accompagna ad un consumo abituale elevato. Diverse istituzioni sanitarie, anche il CDC, fissano come livelli soglia da non superare in una sola occasione, 4 UA per gli uomini e 3 UA per le donne. Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "consumo binge".

Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Anche l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto è considerata modalità di consumo a rischio, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici.

L'OMS elenca il consumo fuori pasto tra i fattori che determinano un aumento della mortalità, perciò lo include nel calcolo dell'indice Patterns of drinking score, che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

PASSI² raccoglie informazioni anche sul consumo di alcol e con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche nei trenta giorni precedenti l'intervista, stima:

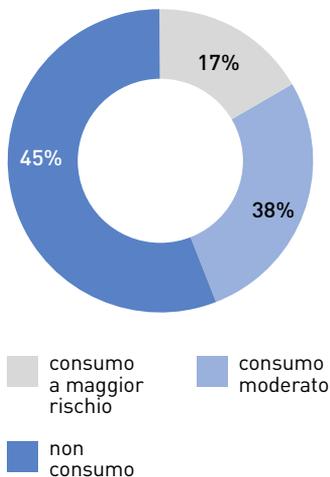
- il consumo medio giornaliero di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo;
- il consumo alcolico riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate;
- la modalità di consumo rispetto ai pasti.

Sia il consumo abituale elevato, che il binge drinking, che il consumo prevalentemente o esclusivamente fuori pasto sono da considerarsi consumi rischiosi per la salute. L'indicatore che PASSI definisce come "consumo a maggior rischio" è un indicatore che prende in considerazione una o più di queste modalità di consumo alcolico.

Dai dati PASSI raccolti nel quadriennio tra il 2015 e il 2018, si stima che meno della metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 (17.1%; IC95%: 16.8-17.3%) ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione (Figura 21 A).

Fra le modalità di consumo di alcol a rischio per la salute, le più frequenti sono il consumo binge drinking (9.3%; IC95%: 9.1-9.4%) e il consumo prevalentemente fuori

A Prevalenze medie annue di quadriennio



B Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi intervalli di confidenza al 95%

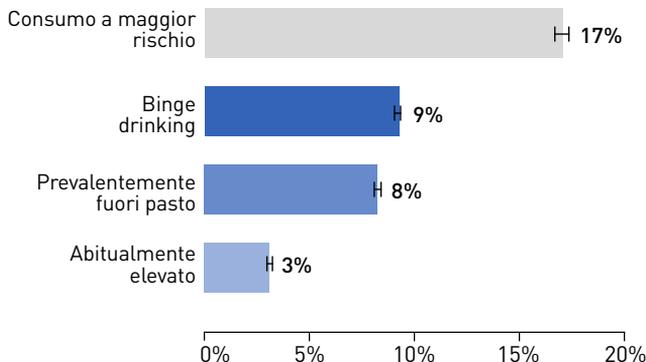


FIGURA 21. Consumo di alcol e il consumo “a maggior rischio” per la salute e le sue componenti fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila)

pasto (8.3%; IC95%: 8.1-8.4%), meno frequente fra la popolazione risulta il consumo abituale elevato (3.1%; IC95%: 3.0-3.2%) (Figura 21 B).

La quota di persone che fa un consumo di alcol “a maggior rischio” per la salute è decisamente elevata fra i più giovani e soprattutto fra i giovanissimi di 18-24 anni (34.6%; IC95%: 33.6-35.6%), ed è comunque più alta fra gli uomini (21.9%; IC95%: 21.5-22.3%) rispetto alle donne (12.4%; IC95%: 12.1-12.7%) e fra le persone socialmente più avvantaggiate, ovvero senza difficoltà economiche (19.6%; IC95%: 19.3-20.0%) o con un alto livello di istruzione (19.2% fra coloro che hanno un diploma o una laurea) (Figura 22).

L'elevata quota di giovanissimi che bevono quantità eccessive di alcol è per lo più sostenuta da un consumo binge, ovvero alte quantità in un'unica occasione (>4 UA in per gli uomini; >3 UA per le donne); anche questa modalità di bere è più frequente fra le classi socio-economiche più avvantaggiate (Figura 23).

Il consumo di alcol, in genere, e il consumo a “maggior rischio” per la salute resta una prerogativa dei residenti nel Nord Italia e in particolare del Nord Est, con un *trend* in aumento (Figura 24) così come il binge drinking (Figura 25).

Preoccupante il numero di persone che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, come i pazienti con malattie del fegato, fra i quali quasi 1 persona su 2 ne fa un consumo considerato a “maggior rischio”.

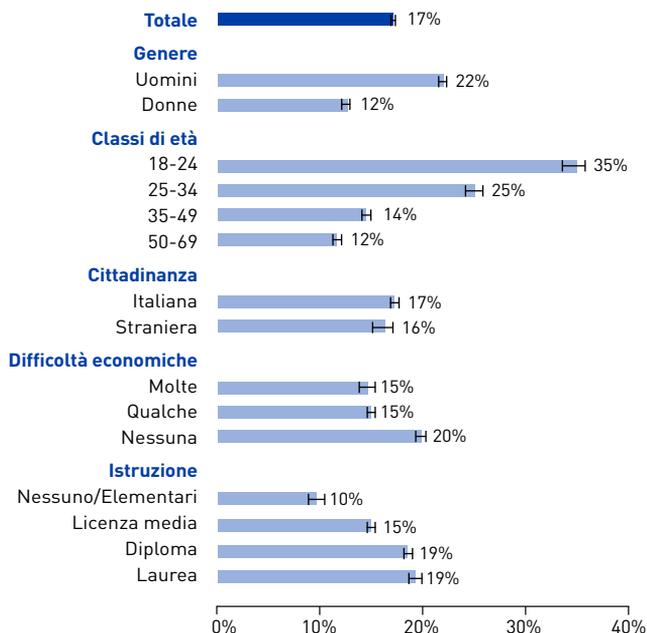
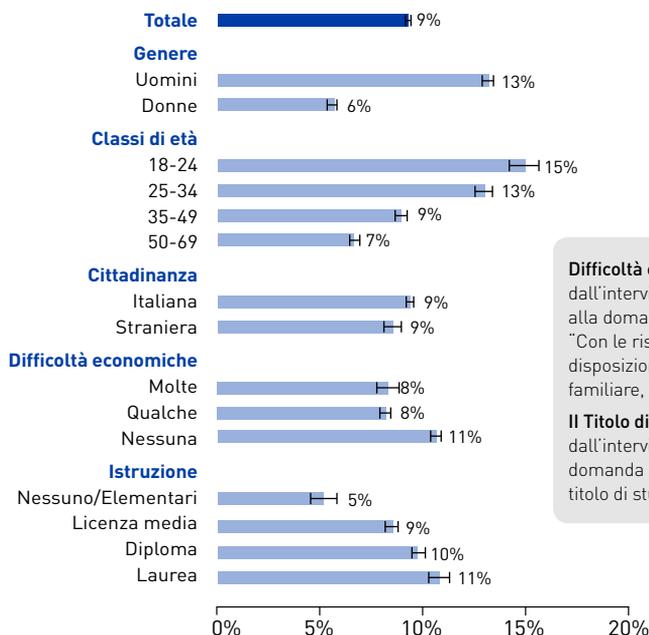


FIGURA 22. Consumo di alcol "a maggior rischio" in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

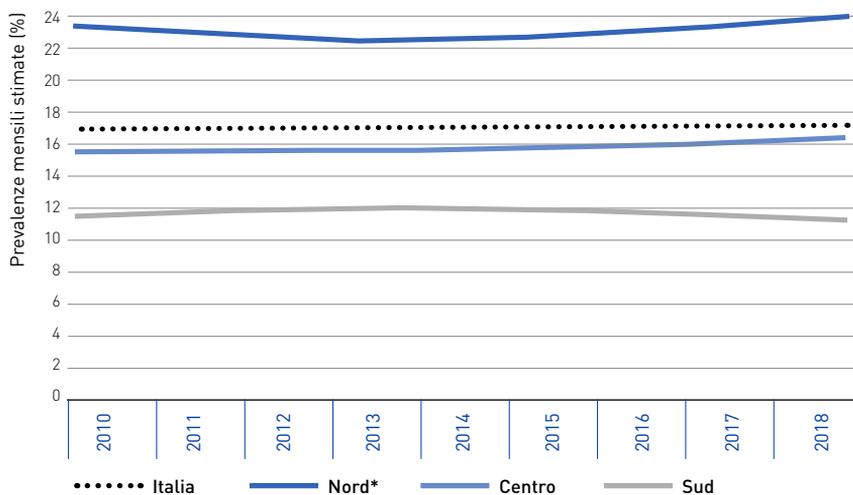


Difficoltà economiche: sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Con le risorse finanziarie a sua disposizione, da reddito proprio o familiare, come arriva a fine mese?"

Il Titolo di studio: è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Che titolo di studio ha?"

FIGURA 23. Binge drinking in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

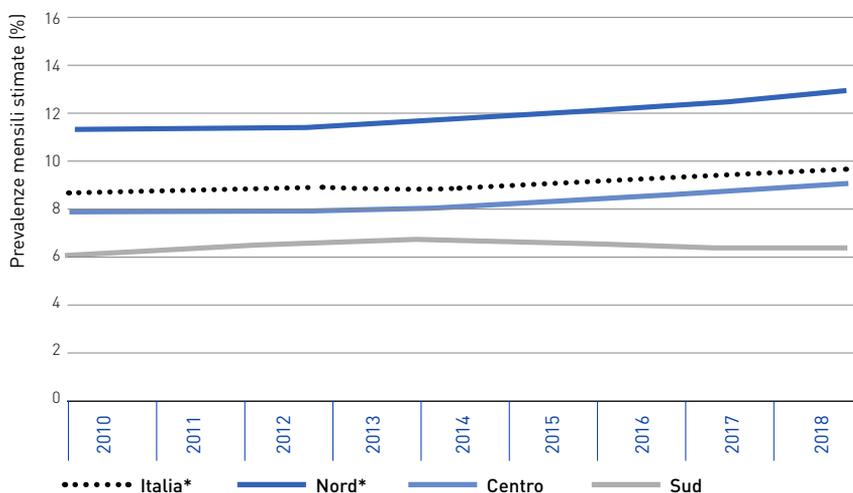
Consumo di alcol "a maggior rischio" per macroarea di residenza



*Aumento statisticamente significativo

FIGURA 24. Trend temporale del consumo di alcol "a maggior rischio", per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2010-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

Binge drinkers per macroarea di residenza



*Aumento statisticamente significativo

FIGURA 25. Trend temporale di binge drinking, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2010-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

L'attenzione dei medici al consumo di alcol dei propri assistiti

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: appena il 6.4% (IC95%: 6.0-6.9%) dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal proprio medico o da un operatore sanitario incontrato nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Consiglio medico ricevuto

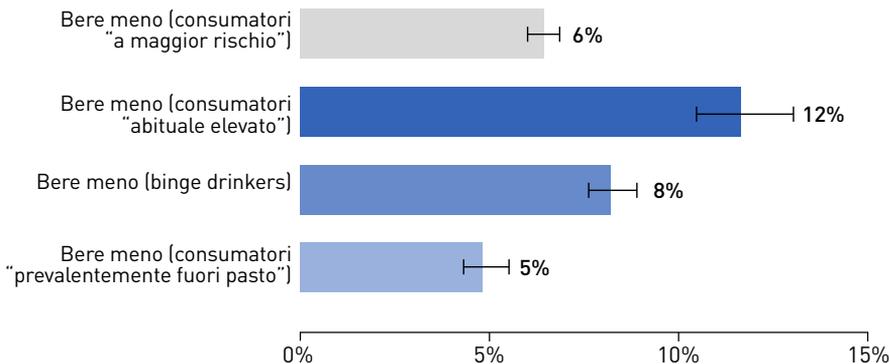


FIGURA 26. L'attenzione dei medici al consumo di alcol dei loro assistiti: il consiglio di bere meno. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
2. La sorveglianza Passi. Consumo di alcol <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol>

Sedentarietà

È ampiamente riconosciuto in letteratura come l'attività fisica rappresenti uno degli strumenti più importanti per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e sia in grado di sostenere e rafforzare il benessere psico-fisico e di migliorare la qualità della vita a tutte le età.

Numerosi studi dimostrano come l'attività fisica sia in grado di ridurre i rischi legati all'insorgenza e alla progressione di malattie quali il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari, l'ictus e anche diversi tipi di tumore¹⁻².

Secondo stime del World Cancer Research Fund, il 20-25% dei casi di tumore sarebbe attribuibile a un bilancio energetico 'troppo' ricco, in pratica all'alimentazione eccessiva e alla sedentarietà, e l'attività fisica sembrerebbe pertanto associata ad una riduzione del rischio oncologico complessivo.

Sono diversi gli studi che hanno dimostrato l'effetto protettivo dell'attività fisica dal rischio di cancro al colon³⁻⁵, della mammella tra le donne in postmenopausa⁶⁻⁹.

Una recente ricerca del National Cancer Institute statunitense¹⁰, esaminando i dati di 1.44 milioni di persone che avevano preso parte a 12 studi europei e americani dal 1987 al 2004, ha messo in luce che l'attività fisica rappresenta un fattore protettivo per l'insorgenza di diversi altri tipi di tumori, non solo per i tumori del colon-retto e mammella, ma sembra protettiva anche verso l'adenocarcinoma dell'esofago, il tumore del fegato, del polmone, del rene, dello stomaco a livello del cardias, dell'endometrio, della leucemia mieloide, mieloma, di tumori della zona testa-collo e della vescica, e questo a parità di eccesso ponderale e abitudine tabagica. Complessivamente, quindi, chi fa attività fisica ha il 7% di rischio in meno di ammalarsi di tumore e per alcune tipologie di tumori questa riduzione del rischio va oltre il 20%.

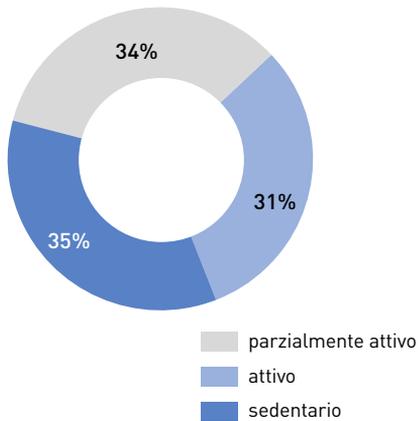
In PASSI¹¹ l'attività fisica viene indagata con la raccolta di informazioni su frequenza, durata e intensità dell'attività fisica (non solo sportiva) svolta nel tempo libero nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'attività fisica al lavoro. Pertanto è possibile distinguere le persone in: "fisicamente attive", "parzialmente attive" o "sedentarie".

Si considerano "fisicamente attivi" coloro che dichiarano di praticare 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico.

Sono definibili "parzialmente attivi" coloro che non svolgono un lavoro pesante ma praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli sopra descritti. Sono considerati "sedentari" coloro che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

Secondo questa definizione, adottata in PASSI, gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi "fisicamente attivi" (31.4%; IC95%: 31.1-31.7%), "parzialmente attivi" (34.1%; IC95%: 33.8-34.5%) "sedentari" (34.5%; IC95%: 34.2-34.8%), ma la quota di sedentari è statisticamente maggiore della quota di "attivi" (Figura 27).

La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (sotto al 30% fra i 18-34enni, sfiora il 40% fra i 50-69enni), fra le donne (36.4%; IC95%: 35.9-36.8%) rispetto agli uomini (32.5%; IC95%: 32.1-33.0%) e fra le persone con uno status socioeconomico più

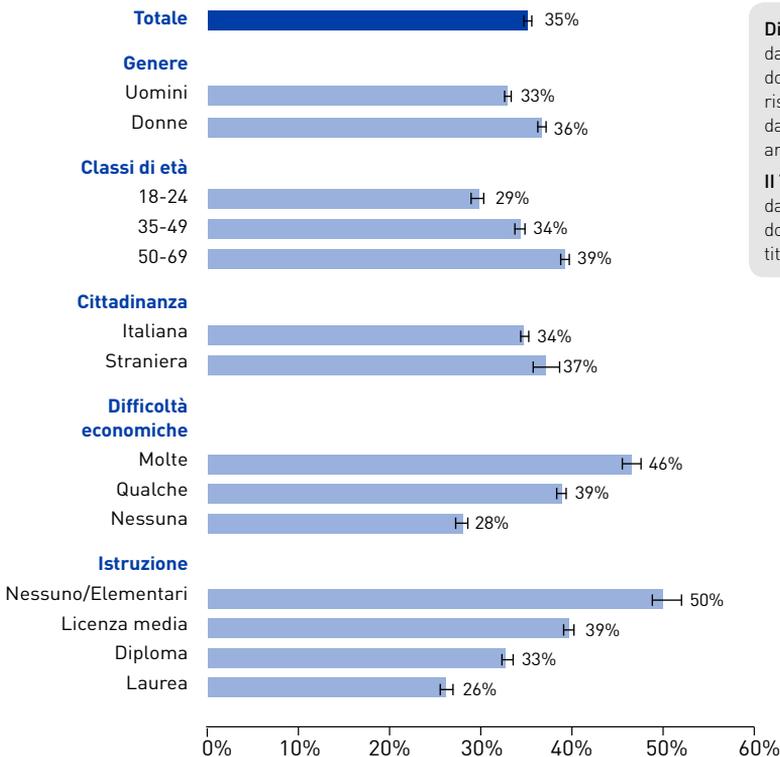


Definizioni operative degli indicatori PASSI

Gli aspetti indagati in Passi comprendono la frequenza, durata, intensità dell'attività fisica (non solo sportiva) svolta nel tempo libero nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'attività fisica al lavoro. Pertanto è possibile distinguere le persone in:

- **Persone fisicamente attive:** coloro che svolgono un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (es. manovale, muratore, agricoltore) e/o abbiano svolto nei 30 giorni precedenti l'intervista almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 3 giorni settimanali e/o un'attività attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.
- **Persone parzialmente attive:** coloro che non svolgono un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fanno attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli sopra citati.
- **Persone sedentarie:** coloro che non svolgono un lavoro pesante e che nel tempo libero, non svolgono alcuna attività fisica né moderata né intensa.

FIGURA 27. Sedentarietà fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio



Difficoltà economiche: sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Con le risorse finanziarie a sua disposizione, da reddito proprio o familiare, come arriva a fine mese?"

Il Titolo di studio: è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Che titolo di studio ha?"

FIGURA 28. Sedentarietà in sottogruppi della popolazione. Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

svantaggiato, per difficoltà economiche (è del 46.0% fra le persone che riferiscono di avere molte difficoltà economiche vs 27.7% di chi riferisce di non averne) o basso livello di istruzione (è del 50.2% fra chi raggiunge al più la licenza elementare e del 26% fra i laureati) (Figura 28).

Nel tempo, la quota di sedentari aumenta, in particolare fra i residenti nelle Regioni meridionali, facendo crescere la distanza fra Nord e Sud Italia (Figura 29).

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1 adulto su 2 fra i parzialmente attivi, e 1 su 5 fra i sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno nel praticare attività fisica.

Sedentarietà per macroarea di residenza

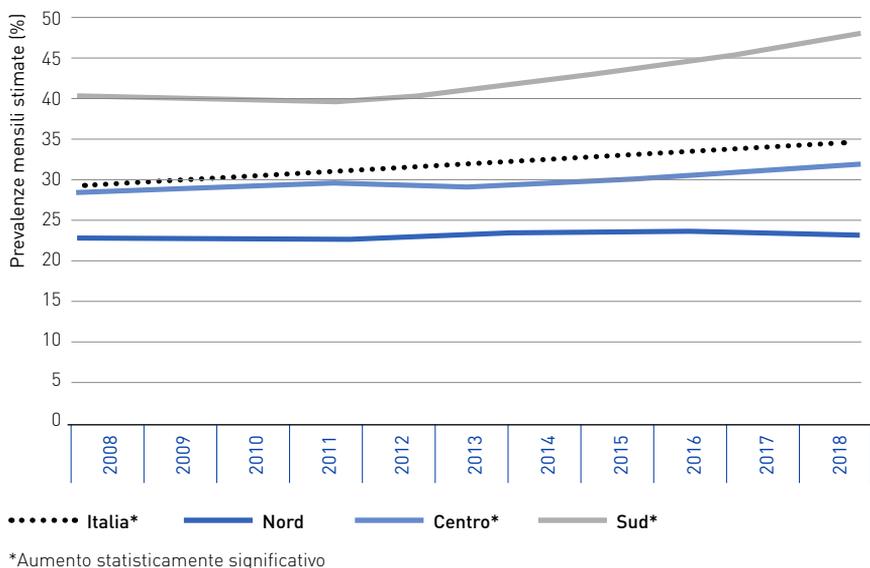


FIGURA 29. Trend temporale della sedentarietà, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

L'attenzione dei medici all'attività fisica

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: su 10 intervistati solo 3 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 40%, fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 45% (Figura 30).

Consiglio medico ricevuto

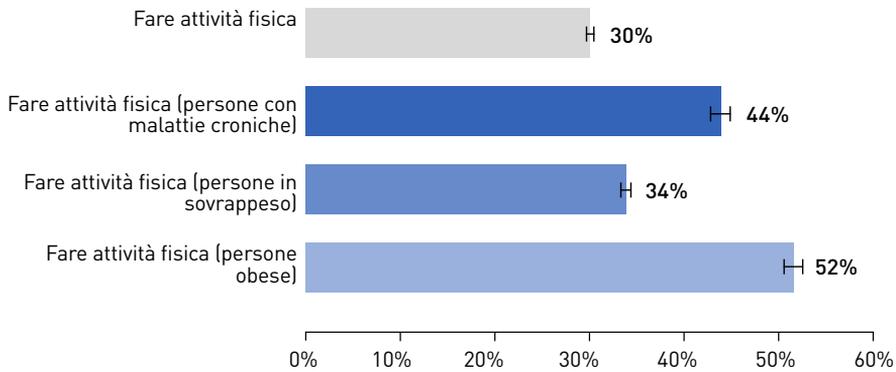


FIGURA 30. L'attenzione dei medici all'attività fisica dei loro assistiti: il consiglio di fare attività fisica. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Superiore di Sanità Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. A cura di Barbara De Mei, Chiara Cadeddu, Paola Luzi, Angela Spinelli 2018, ii, 95 p. Rapporti ISTISAN 18/9
2. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F (Ed.). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf; last access 18/06/2018
3. Colditz G, Cannuscio C, Frazier A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes and Control*, 1997, 8: 649-667.
4. Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 6).
5. Thune I, Furberg A-S. Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S530-S550.
6. Gammon MD et al. Recreational physical activity and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 147:273-280.
7. Latikka P, Pukkala E, Vihko V. Relationship between the risk of breast cancer and physical activity. *Sports Medicine*, 1998, 26:133-143.
8. Verloop J et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20-54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, 92:128-135.
9. Tehard B et al. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15(1):57-64.
10. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA Intern Med* 2016;176(6):816-25.
11. La sorveglianza Passi. Attività fisica. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita>

Eccesso ponderale

L'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate determinano un eccesso di peso e, di conseguenza, un impatto considerevole sulla salute di una popolazione poiché favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e/o aggravano quelle preesistenti, riducono la durata della vita e ne peggiorano la qualità.

Sovrappeso e obesità sono importanti fattori di rischio oncologico. Secondo stime del World Cancer Research Fund, il 20-25% dei casi di tumore sarebbe attribuibile a un bilancio energetico 'troppo' ricco, legato quindi al binomio eccesso ponderale e sedentarietà.

Secondo le stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation all'eccesso ponderale sarebbero attribuibili 4 milioni e 724mila decessi in tutto il mondo nel 2017 (pari all'8% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 106 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima sia responsabile di oltre 63.000 decessi (oltre il 10% di tutti i decessi) e di oltre 789mila anni vissuti con disabilità¹.

Secondo il rapporto² congiunto pubblicato a settembre 2018 dalla FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura), dallo IFAD (Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo), dall'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia), dal Programma alimentare mondiale (WFP) e dall'OMS, nel 2017 nel mondo 672 milioni di persone (circa 1 su 8) erano obese e 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni di età (5,6%) erano in sovrappeso.

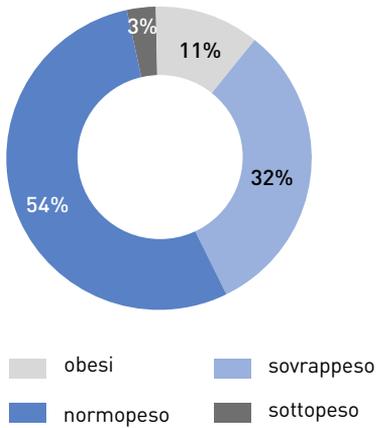
Negli ultimi decenni, in molti Paesi della Regione europea OMS il numero di persone in sovrappeso e/o obese è aumentato: in 46 paesi (l'87% della Regione), l'eccesso ponderale interessa oltre la metà degli adulti.

Per valutare l'adiposità in clinica e nella sorveglianza, si usano misure antropometriche: la plicometria, la circonferenza della vita e gli indici statura-ponderali. Nella sorveglianza epidemiologica il metodo comunemente usato si fonda sul calcolo dell'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI) definito dal rapporto fra peso corporeo espresso in chilogrammi e altezza espressa in metri, elevata al quadrato (Kg/m^2).

Sebbene, come nel caso di altre misure biologiche continue a cui sono associati rischi di malattie, non esista un vero e proprio limite al di sotto del quale il rischio è assente, il valore soglia del BMI che definisce l'obesità è posto, a livello internazionale, a 30 (Kg/m^2), dunque si classifica come obesa una persona con $\text{BMI} \geq 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$; un valore individuato attraverso studi di morbilità effettuati su larga scala. Analogamente sono stati individuati i valori soglia per il sovrappeso ($25 \leq \text{BMI} < 30$), per il sottopeso ($\text{BMI} < 18.5$) e di conseguenza per il normopeso ($18.5 \leq \text{BMI} < 25$).

Per calcolare l'indice di massa corporea nella sorveglianza di popolazione, si utilizzano i dati di peso e altezza riferiti, che hanno il vantaggio della semplicità, economicità e rapidità della rilevazione, pur non essendo privi di limiti.

Molti studi hanno valutato la validità del BMI riferito, dimostrando un'accuratezza accettabile e una elevata correlazione tra peso misurato e peso riferito, così come tra altezza misurata e altezza riferita, tuttavia è anche dimostrato che la prevalenza dell'o-



Definizioni operative degli indicatori PASSI

• **Persona in eccesso ponderale:** è una persona con un indice di massa corporea* maggiore o uguale a 25,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza; ovvero in sovrappeso o obesa.

• **Persona in sovrappeso:** è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

• **Persona obesa:** è una persona con indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

* L'indice di massa corporea (o Body Mass Index-BMI) è uguale a [Peso, in Kg] / [Altezza, in metri]².

FIGURA 31. Eccesso ponderale fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio

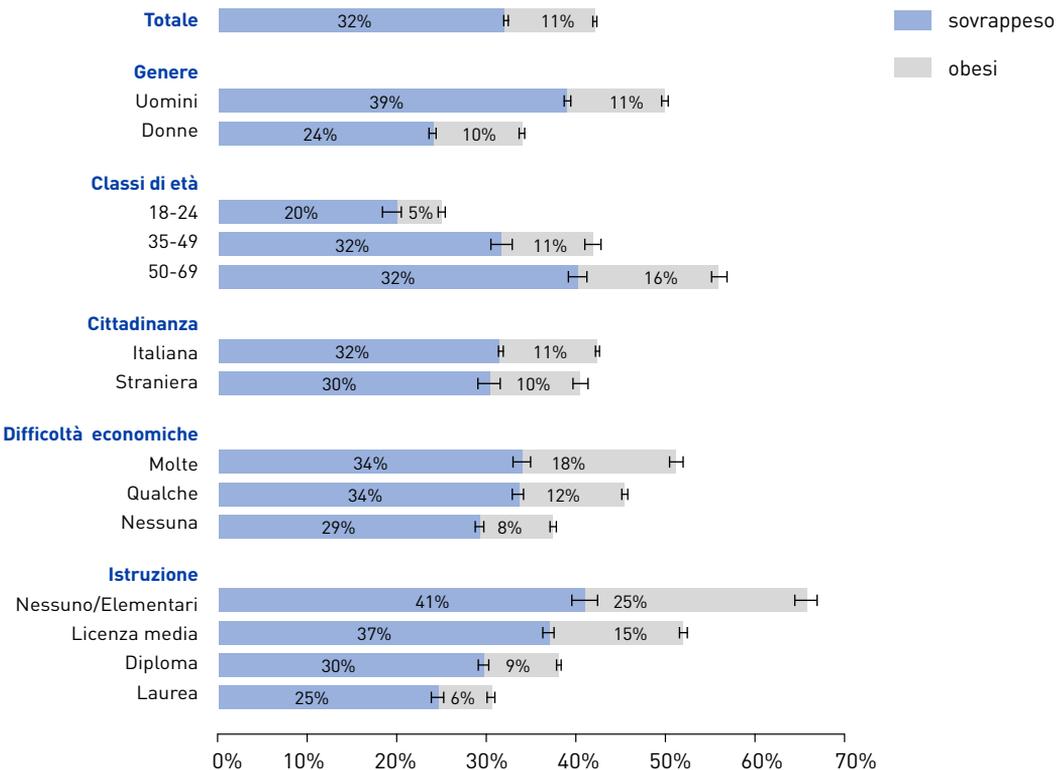


FIGURA 32. Eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila) Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

besità basata su dati riferiti è generalmente sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma è valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali. La sottostima è maggiore tra le donne e aumenta considerevolmente sopra i 65 anni³.

I dati riferiti dagli intervistati PASSI³ relativi a peso e altezza portano a stimare che più di 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale, ovvero il 31,6% in sovrappeso (25 ≤ BMI < 30), e il 10,9% obesi (BMI ≥ 30) (Figura 31).

L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) aumenta al crescere dell'età, interessa il 25% dei giovani di 18-34 anni (20% in sovrappeso e 5% obesi) ma raddoppia e coinvolge il 56% degli adulti di 50-69 anni (40% risultano in sovrappeso e 16% obesi).

L'eccesso ponderale è più frequente fra gli uomini (50%) rispetto alle donne (34%), sebbene la quota di obesi sia analoga fra i due generi, ed è più frequente fra le persone con svantaggio sociale, per difficoltà economiche o per bassa istruzione, soprattutto in termini di obesità: fra le persone con molte difficoltà economiche il 52% è in eccesso ponderale, ovvero il 34% in sovrappeso e ben il 18% risulta obeso; fra le persone con basso livello di istruzione il 67% risulta in eccesso ponderale, il 41% in sovrappeso ma ben il 25% risulta obeso (Figura 32).

Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia con un andamento nel tempo di stazionarietà della quota di persone in sovrappeso (Figura 33) ma con un aumento, seppur lieve, statisticamente

Sovrappeso per macroarea di residenza

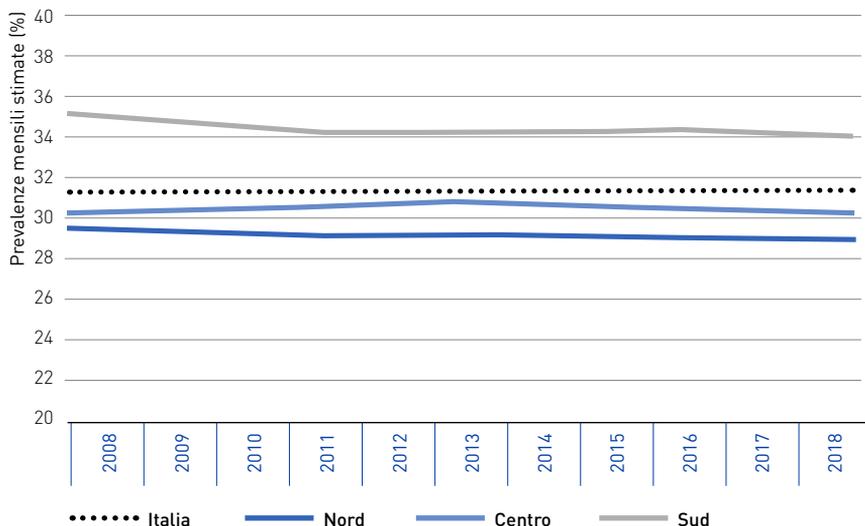


FIGURA 33. Trend temporale del sovrappeso, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

significativo e generalizzato dell'obesità, in particolare nel Sud Italia (con l'unica eccezione del Centro Italia, dove negli ultimi 10 anni l'obesità si riduce) (Figura 34).

Le persone in sovrappeso od obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della metà (45%) ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (13%) che ritiene il proprio peso giusto e non troppo alto, con le donne che sono generalmente più consapevoli del problema rispetto agli uomini. La consapevolezza del proprio eccesso ponderale, per i rischi legati alla salute, è un aspetto importante perché favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

L'attenzione dei medici all'eccesso ponderale

Bassa, e persino in riduzione nel tempo, sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale, infatti meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. L'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, il 73% di loro riferisce di aver ricevuto tale consiglio ma questa percentuale scende al 38% fra le persone in sovrappeso. Anche questo aspetto è molto importante perché, quando il consiglio di mettersi a dieta arriva da un medico, incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è

Obesità per macroarea di residenza

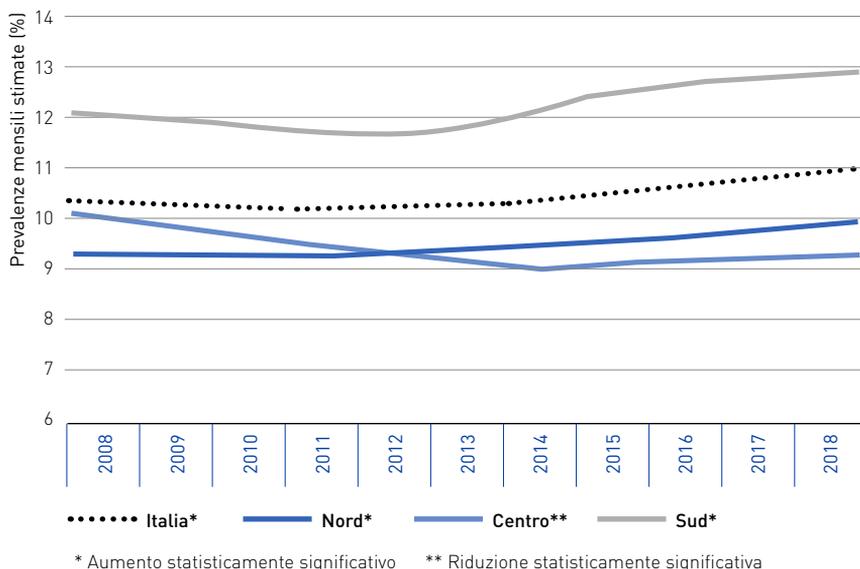


FIGURA 34. Trend temporale della obesità, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

significativamente maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (41% vs 13%) (Figura 35).

Da segnalare anche che l'attenzione degli operatori a questo problema è più scarsa proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, come per esempio nelle Regioni meridionali. Ancora meno frequente è il consiglio medico di praticare attività fisica per le persone in eccesso ponderale.

Consiglio medico ricevuto

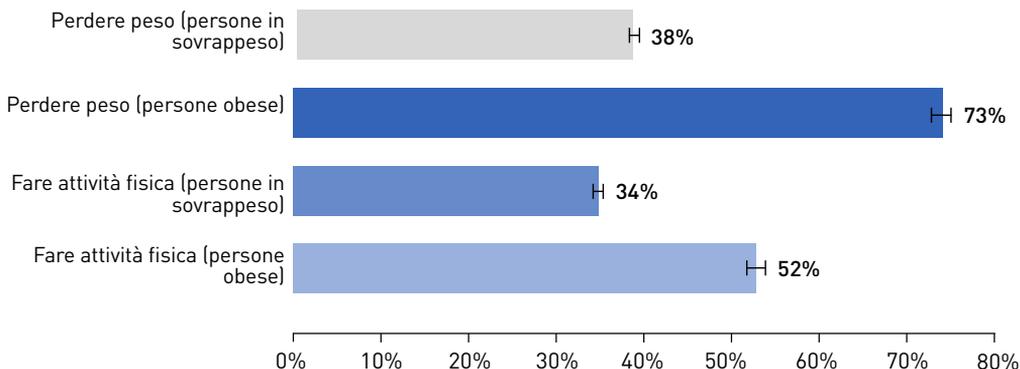


FIGURA 35. L'attenzione dei medici all'eccesso ponderale dei loro assistiti: il consiglio di perdere peso e fare attività fisica. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
2. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2018. The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO. [ultimo accesso 24 marzo 2020 <http://www.fao.org/3/i9553en/i9553en.pdf>]
3. La sorveglianza Passi. Sovrappeso e Obesità. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

Consumo di frutta e verdura

Una nutrizione corretta costituisce uno degli elementi fondamentali per evitare l'insorgenza di numerose condizioni patologiche o per controllare l'evoluzione di malattie preesistenti: una dieta subottimale è riconosciuta infatti come un fattore correlato alle malattie croniche non trasmissibili, ma a tutt'oggi il suo impatto in termini di carico di malattia non è stato stimato in modo sistematico.

Publicato nell'aprile 2019, il "Global burden of disease study 2017"¹ ha valutato l'impatto di un consumo subottimale dei principali alimenti e nutrienti in termini di mortalità e morbosità nelle popolazioni di 195 Paesi. Attraverso un approccio di valutazione comparativa del rischio, è stata calcolata la proporzione di carico specifico di malattia attribuibile a ciascun fattore di rischio alimentare (anche indicata come frazione di mortalità attribuibile) negli adulti di 25 anni o più. Complessivamente, nel 2017, 1 morte su 5 è attribuibile a una dieta insufficiente: sono stati attribuiti a fattori di rischio legati all'alimentazione 11 milioni di morti e 33 milioni di anni vissuti con disabilità. Gli elementi nutrizionali a maggiore impatto sono: consumo insufficiente di frutta e verdura (3.9 milioni di morti e 11.3 milioni di anni in disabilità), assunzione elevata di sodio (3.2 milioni di morti e 7 milioni di anni vissuti in disabilità) e basso apporto di cereali integrali (3.1 milioni di morti e 14 milioni di anni vissuti in disabilità)².

L'adozione di uno stile alimentare corretto e salutare si conferma un fattore protettivo per lo sviluppo di patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Un'analisi condotta dal World Cancer Research Fund sulla relazione dose-risposta tra consumo di cereali integrali e tumore coloretto indica una riduzione del rischio del 17% per un consumo giornaliero pari a 90 grammi. Tra le cause di cancro prevenibili elencate nel WHO Global Status Report in NCDs, tutte relative allo stile di vita, vengono incluse l'inattività fisica, l'eccesso ponderale ma anche il basso consumo di frutta e verdura, di fibre e di calcio assunti con la dieta³.

Frutta e verdura sono alimenti privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre, per questo giocano un ruolo protettivo nella prevenzione di cardiopatie e tumori, in particolare per i tumori che coinvolgono il tratto digerente (esofago, stomaco, pancreas, colon-retto, rene).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un consumo giornaliero di almeno 400 grammi di frutta e verdura, corrispondente a circa cinque porzioni da 80 gr (*five a day*). Contrariamente alle raccomandazioni, i consumi giornalieri stimati a livello globale sono di gran lunga inferiori ai valori indicati: 94 grammi di frutta vs 200-300 g consigliati e 190 grammi di verdura vs 290-430 g considerati ottimali.

In PASSI il consumo giornaliero di frutta e verdura è rilevato attraverso domande che indagano il numero di porzioni di frutta e/o verdura consumate abitualmente al giorno. Per motivi pratici, legati a una migliore comprensione da parte dell'intervistato, la domanda viene formulata in modo da consentire una più agevole identificazione del peso di frutta e/o verdura, così una porzione di **frutta o verdura viene descritta come un quantitativo di frutta e/o verdura cruda** che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta (che corrispondono all'incirca a 80 grammi).

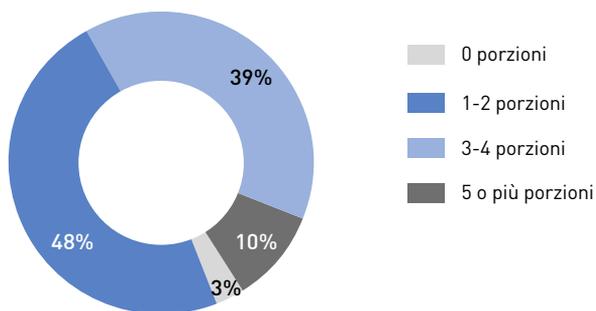
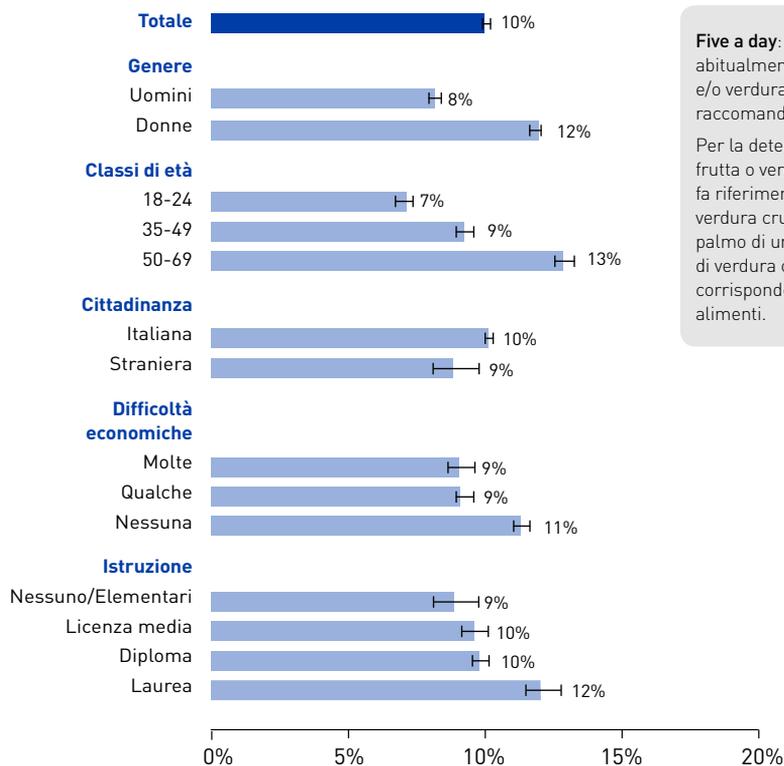


FIGURA 36. Consumo di frutta e/o verdura giornaliero fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio



Five a day: quota di persone che consumano abitualmente almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (quantità giornaliera raccomandata pari a circa 400 gr)

Per la determinazione di una porzione di frutta o verdura nel questionario PASSI si fa riferimento ad un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta; una porzione così definita corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

FIGURA 37. Five a day (consumo di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura) in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

Dai dati PASSI⁴ risulta che in Italia meno di 5 adulti su 10 consumano abitualmente non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre solo 1 su 10 (10%; IC95%: 9.8-10.2%) ne consuma la quantità raccomandata, ovvero 5 porzioni al giorno (*five a day*) (Figura 36).

Consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, resta un'abitudine poco frequente anche nei diversi sottogruppi della popolazione, con poche differenze significative: è poco più frequente fra le donne (11.9%; IC95%: 11.6-12.2%) rispetto agli uomini (8.1%; IC95%: 7.9-8.4%), cresce con l'avanzare dell'età, passando dal 7% fra i 18-34enni al 13% fra i 50-69enni, è più frequente tra le persone senza difficoltà economiche (11.2%) rispetto agli altri e tra le persone laureate (11.9%) (Figura 37).

L'adesione al *five a day*, che mostra un gradiente Nord-Sud a sfavore del mezzogiorno, resta sostanzialmente stabile nel tempo, nel Centro Italia si registra un aumento dal 2013 sufficiente a compensare la riduzione che si era vista nella stessa area nei 5 anni precedenti e tale da ridurre completamente il gap con il Nord Italia (Figura 38).

Five a day per macroarea di residenza

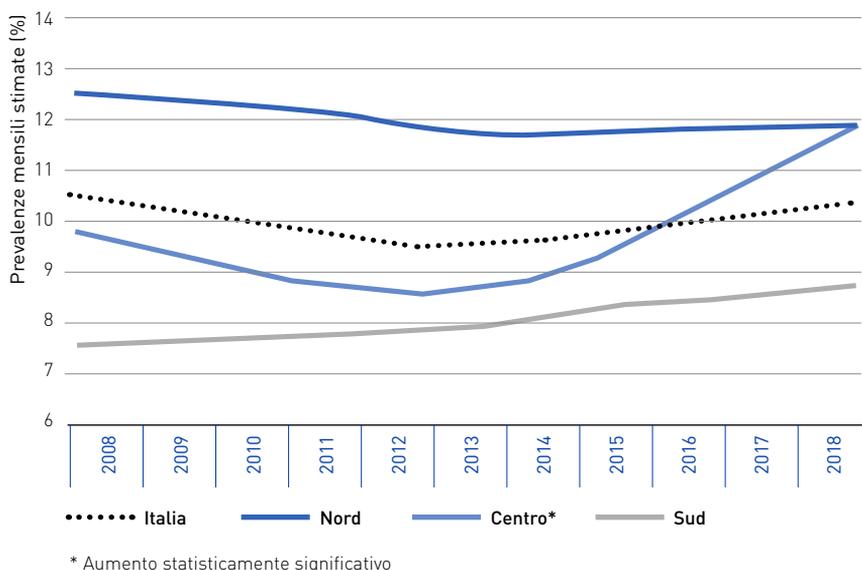


FIGURA 38. Trend temporale della quota di persone aderenti al Five a day per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

BIBLIOGRAFIA

1. Gbd 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2 April 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
3. WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010 https://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/
4. La sorveglianza PASSI. Consumo di frutta e verdura <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta>

